Contraception

Objectifs :

¤ Prescrire et expliquer une contraception.
¤ Discuter les diverses possibilités de prise en charge d'une grossesse non désirée.
¤ Discuter les indications de la stérilisation féminine et masculine.

Sommaire :

Introduction

En France, plus de 2 femmes sur 3 utilisent un moyen de contraception. Le principal moyen utilisé est actuellement la contraception orale. L'épidémie d'infections à V.I.H a conduit à utiliser plus souvent les préservatifs qui sont efficaces contre les MST mais sont une méthode contraceptive moyennement efficace. Le choix dépend de nombreux facteurs : facteurs culturels et médicaux, mode de vie, période de la vie. De plus, la surveillance systématique des femmes prenant une contraception est l'occasion de donner des conseils éducatifs sur la sexualité, la grossesse et les MST.

Définition d'une méthode contraceptive : méthode permettant d'empêcher la survenue d'une grossesse pendant une période désirée (d'où le terme parfois utilisé de centre de planification familiale pour les lieux où sont données une information et une prescription sur la contraception). 

Faq 1 - Comment choisir une contraception ?

La contraception doit être efficace, acceptable et non nuisible à la santé.
Sauf cas particulier, la femme choisit la contraception qu'elle désire.

Le médecin doit :

¤ Informer la patiente sur les avantages, les inconvénients, les échecs et le mode d'action de la méthode,
¤ Eliminer les contre-indications éventuelles à la contraception désirée et proposer le produit le plus adapté à la patiente,
¤ Surveiller le risque vasculaire en cas de contraception oestro-progestative,
¤ Surveiller le risque d'infection et de grossesse en cas de DIU,
¤ Enseigner l'utilisation de la contraception vaginale.

Faq 2 - Quelle est l'efficacité des principales méthodes contraceptives utilisées en France ?

L'efficacité d'une méthode contraceptive se mesure par l'indice de Pearl ® :
R = (nombre de grossesses accidentelles / nombre de cycles observés) x 1200.
R désigne le nombre de grossesses accidentelles pour 100 années / femme d'utilisation.

Efficacité comparative des différentes méthodes contraceptives :	
Méthode	**Indice de Pearl**
Oestro-progestatifs combinés	0%
Microprogestatifs	0,5-2%
Dispositif intra-utérin	0,5-2%
Condom	0,6-0,8%
Ovules	0,6-0,8%
spermicides	0,6-6,8%
obturateurs féminins	8-17%
tampons, éponges	3,5%
Continence périodique	15%

Faq 3 - Quelles sont les principales méthodes de contraception hormonale ?

1 - La pilule estroprogestative est la 1e méthode de contraception en France.

Principes et modes d'action

Absorption par voie digestive, métabolisme hépatique et élimination biliaire.
Existence d'un cycle entéro-hépatique.

4 Verrous contraceptifs :

¤ Inhibition de la croissance folliculaire
¤ Absence de pic LH et FSH sous la dépendance de l'estrogène et surtout du progestatif
¤ Modifications de la glaire cervicale, épaisse et rare, sous la dépendance du progestatif
¤ Atrophie de l'endomètre, inapte à la nidation sous la dépendance du progestatif.
Ces 4 verrous assurent l'efficacité de la pilule et expliquent aussi :
- La diminution des règles sous pilule (atrophie relative de l'endomètre),
- La nécessité d'une prise régulière surtout avec les minidosées (risque d'échappement hypophysaire),
- Les métrorragies (atrophie),
- L'aménorrhée post-pilule (1% des cas) par inertie hypothalamo-hypophysaire simple après blocage pas forcément prolongé de la secretion des gonadotrophines,
- La courbe ménothermique monophasique sous pilule.

Différentes pilules oestroprogestatives :

Il existe toute une variété de produits qui diffèrent selon leur composition et leur dosage.


2. La contraception progestative

Les progestatifs peuvent être utilisés selon 3 méthodes:
- **Les micro-pilules** très faiblement dosées en progestatifs entraînent essentiellement une modification de la glaire et facultativement une action sur les secrétions de LH et FSH. Elles sont administrées en non-stop 30 jours/30 qu'il s'agisse de Milligynon®, Microval® (la seule remboursée S.S.) Exluton®, Ogyline®, Cérazette® (avec un progestatif de 3e génération au désogestrel).
- **Les macro-progestatifs** : Certains progestatifs dérivés des 19 Nor-pregnane sont contraceptifs par inhibition des gonadotrophines hypophysaires et action sur la glaire, ils sont administrés du 5e (6) au 25e jour de chaque cycle ou 20 jours/28. Trois produits sont utilisés ainsi à 1 cp/jour : Lutenyl®, Surgestone 500® Luteran 10®. Ils risquent toutefois de ne pas être remboursés car ils n'ont pas l'AMM dans cette indication.
- **Implanon®** est un nouveau concept de contraception progestative exclusive, réalisée par la pose d'un implant d'étonogestrel, sous la peau, à la face interne du bras non dominant dans le sillon entre le biceps et le triceps. Sa durée d'action est de 3 ans et son taux de succès très proche de 100 %.

Faq 4 - Une jeune femme vous consulte en vue d'une prescription d'une méthode contraceptive. Que devez-vous faire à cette première consultation ?

L'objet de cette première consultation est quadruple :

1 - Identifier s'il existe des contre-indications,
2 - Expliquer les avantages et les inconvénients de cette contraception,
3 - faire un examen général gynécologique dans le cadre du dépistage des MST, des dysplasies cervicales ou de toute pathologie sévère,
4 - Informer, éduquer et répondre à des questions sur le fonctionnement de l'appareil génital, la grossesse, les MST, la contraception et la sexualité,

Bilan clinique

=> Interrogatoire (+++) : c'est le temps le plus important :
¤ Age,
¤ ATCD (tabac, diabète, HTA, maladie thromboembolique, cardiovasculaire) <= Contre- indication,


¤ Signes fonctionnels gynécologiques (troubles du cycle…),

¤ ATCD obstétricaux particuliers (macrosomie, diabète gestationnel, HTA gravidique, prurit et/ou ictère récidivants de la grossesse, herpès gestationis) <= Contre-indication ?

=> Examen :
¤ Général (TA, poids),
¤ Mammaire,
¤ Abdomen (foie),
¤ Gynécologique : avec vérification du dernier frottis cf dépistages cancers,
¤ Veineux,

=> Prescrire un bilan biologique :
¤ Bilan sanguin :
¤ Glycémie à jeûn,
¤ Triglycéridémie,
¤ Cholestérol total.

Quelle pilule choisir : une minipilule.

Faq 5 - Quelles contre-indications à la pilule estroprogestative ?

Certaines contre-indications peuvent avoir été dépistées au terme du bilan clinique et éventuellement paraclinique.

- Les unes sont absolues :
. antécédents thrombo-emboliques, troubles du métabolisme des lipides, cancer, hypertension artérielle, lupus.
. antécédents d'ictère cholostatique dont l'équivalent est le prurit gravidique.
. la prise concomitante de tuberculostatiques (Rifampicine*), de barbituriques (Gardenal*), d'anticonvulsivants (Mysoline* Tregetol*), du fait d'un risque d'inefficacité.

- Les autres sont relatives : varices importantes, antécédents psychiatriques, antécédents de spanioménorrhée, fibromes, mastopathies bénignes, diabète insulino-dépendant, obésité. Quant au **tabac**, il est difficile de l'interdire chez les jeunes, mais au-delà de 35 ans, l'association tabac-pilule est dangereuse pour les risques cardio-vasculaires et doit figurer dans les contre-indications relatives.

Faq 6 - Quels sont les éléments de surveillance d'une patiente sous pilule ?

¤ Consultation avec examen clinique, gynécologique et mammaire tous les 3 mois jusqu'à ce que la pilule donne pleine satisfaction, puis tous les ans,
¤ Frottis de dépistage à la 1e consultation puis 1 an après puis tous les 3 ans en l'absence de facteurs de risque ou d'ATCD cervicaux,
¤ Bilan sanguin : le plus souvent réalisation du 1er bilan à 3-6 mois sauf en cas de facteurs de risque puis tous les 5 ans.
¤ Il n'y a pas lieu d'arrêter la pilule de temps en temps ("fenêtres thérapeutiques") : c'est illogique, inutile et source de grossesses intempestives.

Faq 7 - Que faut-il faire en cas d'oubli d'une pilule ?

L'oubli est responsable de 5 à 10 % des IVG.
- Le risque essentiel est pour les rapports ayant lieu après l'oubli de pilule : il faut se méfier et prendre toute précaution jusqu'aux règles suivantes.
- Le risque est maximal au début de la plaquette car une croissance folliculaire peut déjà être en cours.
- Si l'oubli est de moins de 24 heures, compenser le comprimé oublié par la prise de 2 comprimés puis continuer jusqu'à la fin du pilulier.
- Si l'oubli est de plusieurs comprimés, il y a souvent des métrorragies et le plus simple est de stopper de reprendre au 1er jour des règles.
- La pilule du lendemain est un bon recours s'il y a eu un rapport le jour de l'oubli.

Faq 8 - Quels sont les petits inconvénients sous pilule ?

¤ Prise de poids de 1 à 2 kg (progestatifs anabolisant) ou rétention hydrosodée minime,
¤ Oligoménorrhée,
¤ Algies pelviennes des dystrophies ovariennes sous pilules minidosées,
¤ Mastodynies : pilules minidosées et séquentielles,
¤ Jambes lourdes : dues à l'estrogène,
¤ Sécheresse vaginale,
¤ Modification minime du système pileux,
¤ Troubles de la libido (±).

Faq 9 - Quelles sont les complications des contraceptions oestroprogestatives ?

Maladies cardio-vasculaires : le risque vasculaire est le principal préjudice de la pilule (+++)

¤ Risque thrombo-embolique x 4 : risque dose-dépendant des estrogènes, indépendant de la durée de la prise et non influencé par le tabac,
¤ Risque coronarien x 2 : dépend de la dose et de la potentialisation par d'autres facteurs : âge, tabac, diabète, obésité, HTA (lié aux estrogènes et aux progestatifs),
¤ Risque vasculaire cérébral (x 1,5 à 2) : accidents ischémiques vertébro-basilaire et carotidiens.
¤ HTA : 5 %
Le mécanisme des accidents tient au trouble de l'hémostase (veineux) et à des spasmes vasculaires (artériel) plus qu'à des troubles métaboliques (cholestérol).

Modifications métaboliques

Les OP -> :
¤ Diminuent la tolérance orale au glucose chez les femmes normales,
¤ Entrainent un hyperinsulinisme modéré,
¤ Hyperagrégabilité plaquettaire, augmentation des facteurs VII, VIII, X,
¤ Action sur le métabolisme lipidique :
. Estrogènes -> augmentation dose-dépendante des triglycérides et de l'HDL-cholestérol.
. Progestatifs (19 nor) -> diminution modérée du cholestérol total et de l'HDL-cholestérol.

Cancers gynécologiques

- La pilule diminue significativement le risque de cancer de l'ovaire et de l'endomètre (+).
- Elle augmente discrètement le risque de dysplasie cervicale.
- On ne sait pas répondre pour le sein (contradictoire).

Pathologies hépatiques

Risque :
¤ D'ictère cholestatique,
¤ De lithiase biliaire,
¤ De tumeur du bénigne du foie (hyperplasie nodulaire et adénome).

Faq 10 – Indications et inconvénients de la contraception progestative

Inconvénients :

- Avec la micro pilule :
3 patientes sur 10 présenteront des troubles du cycle, soit aménorrhée soit spotting continuel. Ces deux phénomènes sont liés à une perturbation de l'ovulation tout comme les mastodynies ou les douleurs pelviennes dont se plaignent certaines femmes sous micro-pilule. Ces phénomènes sont moins fréquents avec Cérazette®.

- Avec les macro-progestatifs :
On peut rencontrer des aménorrhées par atrophie endomètriale pouvant justifier l'adjonction pendant les 10 derniers jours de la prise du progestatif, d'estrogène naturel (Provames*, Estreva*, ou Oromone*). Il est également possible d'observer des prises de poids liées à l'effet rétentionnel du progestatif et/ou une accentuation de l'insuffisance veineuse des membres inférieurs.

- Avec **Implanon®**, l’aménorrhée et les spottings sont assez fréquents et doivent être bien expliquées aux patientes.

Indications :

La micro-pilule est essentiellement conseillée en cas de contre-indication vasculaire et métabolique aux oestroprogestatifs, car elle n'a aucun retentissement sur ces métabolismes ; de ce fait aucune surveillance biologique n'est également nécessaire.

Les macro-progestatifs sont eux plutôt conseillés en cas de souhait contraceptif dans la tranche 40-50 ans associé à une pathologie gynécologique de type fibrome, mastose ou à un lupus ; sans toxicité métabolique, ils ne nécessitent pas non plus de surveillance.

Implanon® convient à celles qui ne veulent plus penser à leur contraception et souhaitent une grande fiabilité.

Faq 11 - Quelles sont les principaux Dispositifs Intra-Utérins (DIU) ? et leurs modes d'action ?

Indication idéale : multigeste ne désirant plus d'enfant, dont l'appareil génital est sain et dont la vie sexuelle est stable.

Les différents modèles de stérilets :

¤ DIU en Cuivre
Adjonction d'un fil de cuivre.
Modèles commercialisés :Nova T, U T 38O, ML Cu 375, MLCu Short Gyne-Fix.
Durée d'utilisation 5 ans
Leur mode d'action est multiple : au niveau de l'endomètre (réaction inflammatoire) de la glaire cervicale (diminution de la mobilité des spermatozoïdes)…

¤ DIU aux Progestatifs
Modèles commercialisés : Progestasert : durée d'utilisation 18 mois, Mirena : durée d'utilisation 5 ans.
Surtout indiqués chez les patientes présentant une dysménorrhée ou des ménorragies.



Outre les modes d'action précités, le progestatif est responsable d'une atrophie endométriale et d'une raréfaction de la glaire.

Faq 12 - Quelle est la technique de pose d'un DIU?

Le choix dépend des conditions anatomiques (volume utérin, ouverture du col) et de l'habitude du médecin.

Moment de l'insertion

¤ pose en fin de règles (4ème et 6ème jour),
¤ peut être placé immédiatement après une IVG ou après un accouchement, même par césarienne mais complications + fréquentes,
¤ En Europe, attendre le retour de couches après un accouchement normal et 6 mois après une césarienne,
¤ Utilisable en contraception du lendemain après un rapport supposé fécondant, jusqu'à 6 jours après.

Technique d'insertion 

¤ TV pour connaître l'orientation de l'utérus (anté ou rétroversé),
¤ Mise en place du spéculum et désinfection cervico-vaginale,
¤ Pose d'une pince de Pozzi sur la lèvre antérieure du col pour tracter l'utérus afin de mettre le col dans l'axe du corps utérin,
¤ Hystérométrie,

¤ Introduction douce de l'inserteur jusqu'au fond utérin (sensation de butée),
¤ Retrait de l'inserteur en fonction du modèle,
¤ Section des fils à 1 cm de l'orifice externe du col,

Les incidents possibles lors de la pose sont :
¤ Douleurs à type de crampes ou de contractions, surtout chez les anxieuses,
¤ spasme du col,
¤ malaise vagal, surtout chez les anxieuses.

Un accident rare : la perforation, souvent isthmique, douleur +++

Faq 13 - Quelles sont les principales complications des DIU ?

*** Ennuis mineurs :**

- Douleurs pelviennes à type de contractions
- Leucorrhées exacerbées par la présence du DIU et de son fil
- Dysménorrhée : par concentration élevée en prostaglandines, avec les DIU au cuivre ; proposer des AINS (Antadys®, Ponstyl®). En cas d'échec on peut proposer un DIU au lévonorgestrel.

Hémorragies
Inconvénient le + fréquent.
10 à 15 % des motifs d'abandon du DIU.
Soit augmentation du volume ou de la durèe des règles (ménorragies) +++, soit apparition de saignements intermenstruels (spotting, métrorragies). Traitement : Exacyl® ou Ponstyl® 6 cp/jour.



En cas de métrorragie inhabituelle, pensez infection et surtout grossesse extra-utérine.

*** Les complications :**

<u>Expulsion</u> :

¤ Taux d'explusion : < 5% des femmes après 1 an d'utilisation,
¤ Survient le + souvent dans les 3 premiers mois après la pose,
¤ Passe inaperçue 1 fois sur 5,
¤ Diagnostic : disparition des fils repères ou fil anormalement long dans le vagin, confirmation par échographie.

<u>Perforation</u> :

Rare : 1,2 ‰.
Liée à :
¤ l'inexpérience de l'opérateur,
¤ l'introduction en force.
¤ Des causes utérines : fragilisation du myomètre par des grossesses multiples et des césariennes, utérus très antéversé ou rétroversé, utérus hypoplasique,
La perforation est généralement contemporaine de l'insertion. Elle provoque alors de vives douleurs.
Elle peut s'effectuer à distance, elle est alors souvent asymptômatique.
Diagnostic clinique : disparition des fils.
Echographie voire ASP pour localiser le DIU.
Traitement : ablation du DIU.
Sous hystéroscopie en cas de perforation incomplète
Sous coelioscopie, voire laparotomie en cas de perforation complète (à discuter).

<u>Infection génitale</u> :

Complication la + grave du fait du risque de stérilité.
Fréquence : 3 à 9 %.

Populations à risque : femmes jeunes (< 25 ans), nulligestes, ayant des rapports sexuels fréquents avec des partenaires différents.
Rôle pathogénique …
¤ Des microtraumatismes,
¤ Des modifications inflammatoires de l'endomètre provoquées par le DIU,
¤ Du fil de repère qui rompt la barrière cervicale et peut jouer un rôle vecteur,
¤ De l'augmentation de la durée des règles.
** 1er stade de l'infection : endométrite.*
Phase de début :
¤ Signes discrets (algies pelviennes, fébricule, métrorragie),
¤ Glaire infectée, leucorrhées malodorantes,
¤ retrait du DIU avec mise en culture : association de germes fréquente
¤ Traitement : antibiothérapie (Augmentin + Oflocet),
* *Phase d'état :* salpingite, abcès tubo-ovarien, pelvipéritonite Cf Salpingite

Échecs : grossesse (0.3 à 2 %)

La patiente doit être prévenue du risque de grossesse intra-utérine (et extra-utérine), quel que soit le type de stérilet et doit donc consulter rapidement en cas de troubles du cycle (aménorrhée, mètrorragies).



Faq 14 - Quelles sont les principales Contre-indications ?

Contre-indications absolues

¤ Grossesse,
¤ Infection génitale haute,
¤ Trouble de la crase sanguine,
¤ Cardiopathies valvulaires (risque de greffes oslériennes),
¤ Maladie de Wilson (DIU au cuivre),
¤ Cancer de l'utérus.

Contre-indications relatives

Anomalies de la cavité utérine (fibrome, malformation) :
¤ Traitements anticoagulants,
¤ ATCD de GEU,
¤ ATCD d'infection génitale haute,
¤ Partenaires multiples,
¤ Nulligeste,
¤ Maladies et syndromes imposant une corticothérapie ou un traitement anti-inflammatoire au long cours.

Faq 15 - Quelles sont les principales méthodes de contraception vaginale ?

2 à 3 % d'utilisation en France.

Méthodes:
- spermicides : crème, ovules, tampons
- diaphragme, cape
- préservatif féminin

Indications :
- vie sexuelle épisodique,
- suites de couches ou d'IVG,
- contraception de relais,
- contre-indications à la pilule et au DIU

Contre-indications :
- Femmes non motivées
- retard mental,
- mycose vaginale récidivante.

Faq 16 - Comment utiliser les méthodes de contraception vaginale ?

Spermicides (non remboursés Sécurité Sociale)

Produits tensio-actifs qui se déposent sur la muqueuse vaginale et ont une action spermicide et éventuellement bactéricide.

La plupart des produits ont comme principe actif le chlorure de benzalkonium :
- Alpagelle® : crème contraceptive, tube avec applicateur-doseur ou doses unitaires,
- Pharmatex® : ovules contraceptifs, crème, unidose,
- CdB® Théramex : ovules contraceptifs,
- Tampons Pharmatex : tampons imprégnés et crème contraceptive,
- Tampon Today : éponge au 9 nonoxynol,

Mode d'action : immobilisation de la queue et éclatement de la tête du spermatozoïde

Recommandation générale et mode d'emploi :

Éviter la toilette intime avec du savon et l'utilisation d'ovules antiseptiques car détruisent le principe actif et l'action contraceptive du chlorure de benzalkonium.

En fonction des produits 

Crème et ovules :

¤ Application au fond du vagin, au moins 10 min. avant le rapport,
¤ Protection de 4 h,
¤ Nouvelle application avant chaque rapport,
¤ Pas de toilette vaginale dans les 2 h qui précèdent le rapport et dans les 2 h qui le suivent
¤ Indice de Pearl : 2-6 %.

Tampons et éponges :
¤ Pas de toilette vaginale dans les 4 h qui précèdent le rapport et dans les 2 h qui le suivent,
¤ Enfoncer le tampon profondément dans le vagin,
¤ Efficacité immédiate, se maintenant pendant 24 h,
¤ Ne jamais retirer moins de 2 h après le rapport,
¤ Indice de Pearl : 3,5 %.

Efficacité :

Échecs liés à une mauvaise utilisation : rôle essentiel du prescripteur qui doit sélectionner les utilisatrices et les informer.

Innocuité :

Innocuité totale.
Tolérance vaginale excellente (< 2 % d'effets indésirables : brûlure vaginale, picotement chez le partenaire).

Obturateurs féminins : diaphragmes (remboursés 70 % SS) :

Très peu utilisé en France :
Plusieurs modèles commercialisés en fonction de leur taille : 50 à 90 mm de diamètre (Diafam).
Les 2 faces de la cupule doivent être imprégnées d'une crème spermicide, renouvelée lors de chaque rapport.
Le diaphragme doit être placé 2 h avant le rapport et retiré plus de 2 h après.
Indice de Pearl : 8 à 17 %.
Taux d'échec lié à la mise en place défectueuse du diaphragme.

Contre-indications :

- anatomiques : cystocèle, bride vaginale,
- liées à l'utilisatrice : indiscipline, pudeur....

Préservatifs féminins (Femidon) : 

Préservatif lubrifié sur les 2 faces, de forme oblongue fermé au niveau de l'extrémité interne.
L'anneau interne est placé au fond du vagin.
L'anneau externe repose au niveau de l'orifice vulvaire.
Acceptabilité > 50 %.
Nécessité d'une période d'apprentissage.
Très efficace contre les MST.
Adapté aux femmes qui ont une vie sexuelle irrégulière et espacée.

Faq 17- Quelles sont les méthodes de contraception naturelle ?

Coït interrompu (retrait)

Échecs : 15 %.
Continence périodique. Peu efficace, très astreignante et implique de longues périodes de continence, source de difficultés conjugales.

Méthode Ogino-Knauss

¤ Se base sur la durée de vie des spermatozoïdes dans la glaire (3 jours) et sur celle de l'ovocyte II (1 jour),
¤ Rapports interdits du 10ème au 18ème j d'un cycle de 28 j,
¤ Inefficace en cas de troubles du cycle car l'ovulation survient à des dates variables.

Méthode des températures

¤ Rapports possibles seulement 2 j après la montée de la température,
¤ Limite les rapports à la période post-ovulatoire.

Méthode de la glaire cervicale (Billings)

¤ Abstinence dès l'apparition de la glaire, recherchée par la femme après introduction dans le vagin de 2 doigts puis écartement pour apprécier la filance,
¤ Abstinence à poursuivre 4 j après l'apparition de la dernière glaire humide.

Préservatifs masculins ou condoms (non remboursés)

Assurent une bonne protection contre les M.S.T.
En vente libre.
Nécessité d'un apprentissage.
Avec ou sans réservoir, opaque ou transparent, lisse ou finement strié, de différentes couleurs.
Préférer les préservatifs comportant le label NF car ont été testés et tout risque de porosité est exclu.

Doit être placé sur la verge en érection avant toute pénétration dans le vagin.
Dès que l'intumescence se produit, retrait en maintenant le préservatif contre la base de la verge pour éviter tout reflux de sperme.
Indice de Pearl : 0,6 à 6,8 % (amélioré lorsqu'il est utilisé conjointement avec un spermicide).

Faq 18 - A quoi correspond la contraception d'urgence ?

Principe : L'objectif est d'utiliser une méthode empêchant la nidation de l'œuf.
Deux possibilités sont envisageables :

1. les contraceptifs hormonaux :

¤ Tetragynon®, remboursé par la Sécurité sociale :
- 2 comprimés (équivalent de Stédiril®) à prendre dans les 72 heures et à renouveler 12 heures plus tard, sur ordonnance exclusivement.
- La tolérance est moyenne du fait des nausées et d'une tension des seins possibles.



¤ Norlevo® correspondant à 0,75mg de levonorgestrel est devenu la référence +++ :
- Disponibilité sans autorisation médicale (vente libre),
- 2 pilules à prendre entre 12 et 24 heures d'intervalle (ou mieux 2 cp à la fois) remboursé SS sur ordonnance.
- La tolérance est bonne,
- Le taux d'échec est rare 1 à 3 %
- Son générique, Vikela® n'est pas remboursé

2. Le DIU :

¤ Il doit être mis dans les 5 jours après le rapport non protégé,
¤ La tolérance est bonne,
¤ L'efficacité est proche de 100%,
¤ A recommander aux patients qui envisagent ce mode de contraception pour l'avenir.

Faq 19 - Les techniques de stérilisation féminine et masculine

Suppression délibérée et réfléchie de la fécondité sans atteinte des autres fonctions sexuelles ou endocrines (Palmer).

1. Stérilisation tubaire

Elle doit être considérée comme une intervention irréversible sur le plan de la restauration tubaire.

Plusieurs voies sont possibles : coelioscopique (90%), hystéroscopique (dispositif Essure®), par voie vaginale et très rarement par mini-laparotomie.
On réalisera de préférence la mise en place de clips ou d'anneau de Yoon (destruction tubaire + importante avec l'anneau qu'avec le clip) ou une electrocoagulation à la pince bipolaire avec resection tubaire.

Les conséquences potentielles : 0,5 à 1 % de complications graves, principalement liés à l'abord coelioscopique ; et regrets (< 10 %), minimisés par le respect des bonnes pratiques recommandées par l'encadrement réglementaire. **Elles doivent faire l'objet d'une information.**

2. Pour le conjoint, la technique de stérilisation consiste en une **vasectomie bilatérale** ou ligature des déférents.
- Effets définitifs,
- Section des canaux déférents, sans modifier la fonction endocrine du testicule,
- Efficacité non immédiate : seulement après 90 j (délai correspondant à la période de maturation),
- Reperméabilisation possible mais résultats < 70 %.

Aspect juridique

La pratique des stérilisations est encadrée par des textes réglementaires : Loi n° 2001-588 (4 juillet 2001), et Circulaire d'application (septembre 2001).

La stérilisation est interdite chez les mineurs, et ne peut être pratiqués que si la personne intéressée a exprimé une volonté libre et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences.

Les personnes demandeuses d'une stérilisation :
- doivent faire l'objet d'une **consultation médicale initiale**, au cours de laquelle la personne sera informée des risques médicaux qu'elle encourt et des conséquences de l'intervention, et un dossier d'information écrite (servant de support à l'information orale) lui sera remis,
- doivent disposer d'un **délai de réflexion de 4 mois** après la consultation médicale initiale, avant de confirmer leur volonté, par écrit.

Tout médecin sollicité par une personne demandeuse d'une stérilisation **dispose d'une clause de conscienc**e, mais doit l'informer de son refus dés la consultation initiale.
Leur réalisation n'est possible chez les **handicapés mentaux majeurs** sous tutelle que s'il existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception, ou une impossibilité de les mettre en œuvre efficacement. Elle fera alors l'objet d'une décision du juge des tutelles qui se prononce après avoir entendu parents ou représentant légal, confirmé le consentement de la personne concerné, et présenté le dossier à une commission spécifique.

Faq 20 - Comment adapter le choix contraceptif en fonction de certaines situations ?

I. En fonction de la période de la vie génitale :

Adolescente

La contraception hormonale est la méthode de choix, le préservatif est surtout utile à prévenir le risque MST.
Pilule minidosée, remboursée (Trinordiol®, Minidril®) ou adaptée à une acné fréquente à cet âge (Holgyeme®, Diane 35®).

Après 35 – 40 ans

Tenir compte de l'insuffisance lutéale physiologique, du tabagisme, du poids, du terrain cardiovasculaire et mammaire.
- les macroprogestatifs discontinus (cf contraception progestative) 20 jours sur 28 ont leur place.
- Le DIU au progestatif pour celles, fréquentes, qui ont des ménorragies.
- La pilule garde une place notable en l'absence de facteur de risque.

Postpartum : c.f. cours " Suites de couches "

La prescription est relativement codifiée :
¤ Avant 2 mois : méthode naturelle ou spermicide, microprogestatif à partir du 10e j ou pilule minidosée à partir du 21ème j,
¤ Après 2 mois : toute méthode est possible si l'allaitement est arrêté, sinon DIU ou pilule minidosée,

Post-abortum

La fertilité est rétablie dès le 1er cycle s'il s'agissait d'une grossesse < 13 semaines.
La contraception pourra être démarré immédiatement.

Sportive de haut niveau

Existence de troubles du cycle fréquents pouvant aller jusqu'à l'aménorrhée avec hypo-oestrogénie et risques de déminéralisation osseuse.
Contraception oestro-progestative logique pour compenser le déficit hormonal.
Pilule " non stop " pour éviter la survenue d'une hémorragie de privation qui peut être gênante lors des compétitions, ce qui est facile à faire avec les monophasiques.

II. En fonction de l'association à certaines thérapeutiques :

Produits diminuant l'efficacité des oestroprogestatifs (++)

. Inducteurs enzymatiques du métabolisme hépatocytaire des stéroïdes contraceptifs :
¤ Rifampicine,
¤ Barbituriques anticonvulsivants (phénytoïnes, phénobarbital, primidone, carbamazèpine).
¤ Millepertuis (utilisé dans les petites dépressions).
Ces prescriptions doivent inciter à revoir le mode de contraception du fait d'un taux d'échec non négligeable avec la pilule.
. Inhibiteurs de la réabsorption intestinale des oestroprogestatifs :
¤ Cholestyramine,
¤ Antibiotiques oraux : ampicilline, néomycine, tétracyclines surtout.
L'ensemble de ces effets est fonction de la biodisponibilité des oestroprogestatifs (facteur personnel) et de la durée du traitement intercurrent. En pratique, ceci est de peu de conséquences.

Produits dont la toxicité hépatique ou l'efficacité est augmentée par les oestro-progestatifs :

¤ Association TAO-oestroprogestatifs est contre-indiquée,
¤ Les oestroprogestatifs augmentent :
- La toxicité hépatique des IMAO, des antidépresseurs tricycliques et de l'alphaméthyldopa,
- La demi-vie plasmatique du nitrazépam, du diazépam, du chlordiazépoxide.

III. En fonction de certaines pathologies :

*** Insuffisance rénale**

¤ Microprogestatifs en continus,
¤ Lutéran10® : 1 comprimé du 5e au 25e j du cycle.

*** Problèmes dermatologiques**

¤ Séborrhée, acné, alopécie androgénique sont améliorées ± rapidement par l'acétate de cyprotérone (Holgyème®, Diane®),
¤ L'érythème noueux, la sclérodermie sont des contre-indications à la contraception hormonale,
¤ Lupus : Lutéran10® : 1 comprimé du 5e au 25e j du cycle.
Androcur® : 1 comprimé 20 jours sur 28

*** Ophtalmologie**

Avant de prescrire une contraception orale, il faut prescrire une consultation ophtalmologique dans 5 cas :
¤ diabète,
¤ myopie importante,
¤ glaucome,
¤ migraine ophtalmique,
¤ monophtalmie.

Consultation urgente en cas de survenue sous oestro-progestatifs de :
¤ Diplopie,
¤ Hémianopsie,
¤ Altération du champ visuel,
¤ Amaurose,
¤ Baisse de l'acuité visuelle.

*** ORL**

Arrêt urgent des oestro-progestatifs en cas de baisse brutale de l'acuité auditive.

*** Diabète**

- Le stérilet est possible s'il n'y a pas d'antécédent infectieux gynécologique.
- La pilule n'est possible qu'en cas de diabète insulino-dépendant bien équilibré, sans complication oculaire.
- Il existe une place à la stérilisation dès que le nombre de grossesse souhaité a été obtenu.

*** Mastopathies bénignes**

- Méfiance avec la pilule estroprogestative (risque mal évalué)
- Les micropilules augmentent la dysovulation et le risque de mastodynie.
- Utilisation possible des :
¤ Macroprogestatifs discontinus,
¤ DIU

*** Dystrophie ovarienne**

Contre-indication des microprogestatifs continus (faible action antigonadotrope).
Quand signes d'hyperandrogénie absents ou peu importants : minidosées à 30 gama voire normodosées
Quand signes d'hyperandrogénie présents :
Androcur* 50 mg/j, 20 jours par mois + dose percutanée de 17 bêta-estradiol 20 jours par mois.

Points essentiels

¤ Il n'y a pas de contraception idéale ; à chaque femme, à chaque couple sa contraception.
¤ Il y a des contre-indications à la pilule dont le dépistage repose plus sur l’interrogatoire que sur les bilans.
¤ Les accidents thrombo-emboliques veineux sont le principal préjudice de la pilule, quel qu’en soit le dosage et dès le premier mois d’exposition : interrogatoire et respect des contre-indications en diminuent le risque.
¤ L’association âge supérieur à 35 ans, pilule et tabac constitue un mélange détonnant. Entre tabac et pilule, il faudra choisir.
¤ Le stérilet a un risque de grossesse non négligeable parfois extra-utérine et quelques inconvénients, ménorragies en particulier. Il doit être évité chez les nulligestes du fait des risques infectieux.
La contraception est le seul moyen préventif de l'IVG ; quand elle a été oubliée, il reste la pilule du lendemain, c'est une urgence.